

Dificultad diagnóstica y terapéutica en un trastorno psicótico de inicio tardío. Reporte de un caso

Jacqueline Barriguet Hernández¹

Caso clínico

SUMMARY

This is the report of a case of a patient who presented her first psychotic episode at the age of 48 years old with a predominance of delusional symptoms but with a torpid and severe family and social dysfunction meriting psychiatric hospitalization for 83 days because of her difficult treatment and a considerable multiple pharmacological schemes that interfere on the diagnosis and prognosis; the importance of the approach and the differential diagnosis that has to be taken into account to the variety of psychotic symptoms that are part of the diagnosis of schizophrenia, but they certainly are not pathognomonic of it.

Key words: Delusions, schizophrenia, diagnostic, therapeutic.

RESUMEN

Reporte del caso de una paciente que presentó su primer episodio psicótico a la edad de 48 años con predominio de síntomas delirantes, con una grave y tórpida disfunción familiar y social. Ameritó hospitalización psiquiátrica durante 83 días debido a su difícil evolución y múltiples tratamientos farmacológicos que, además, interfirieron en el diagnóstico y pronóstico. Se subraya la importancia del abordaje y del diagnóstico diferencial que deben ser tomados en cuenta por la variedad de síntomas psicóticos que son parte del diagnóstico de esquizofrenia, pero que sin duda no son patognomónicos de ésta.

Palabras clave: Ideas delirantes, esquizofrenia, diagnóstico, terapéutica.

INTRODUCCIÓN

Aunque los síntomas psicóticos clásicos (delirios, alucinaciones, lenguaje y conducta desorganizados, afecto inapropiado o embotado) se relacionan frecuentemente con el diagnóstico de esquizofrenia, por ningún motivo son patognomónicos de la misma o de cualquier otro trastorno. Es importante la identificación aproximada de la entidad psiquiátrica principal que subyace a estos síntomas para seleccionar el tratamiento adecuado y predecir los resultados.

La aparición de un primer episodio psicótico puede ser insidiosa o brusca, pero la mayor parte de los individuos presentan algún tipo de fase prodrómica que se manifiesta por un desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas como retraimiento social, pérdida del interés en la escuela o el trabajo, deterioro de la higiene y el cuidado personal, conducta poco habitual, episodios bruscos de enfado y otros; tras los cuales puede aparecer un síntoma afectivo, característico de la fase activa, que permite realizar el diagnóstico de primer episodio psicótico. Este período prodrómico puede durar varios días o unas semanas, pero en ocasiones puede persistir durante varios

meses. Las características de este período suelen repetirse si se da una recidiva.

Entre el inicio del trastorno psicótico y su reconocimiento e intervención terapéutica se ha observado que transcurren períodos de tiempo muy largos a los que se ha denominado: duración de la psicosis no tratada.¹

Los siguientes aspectos son particularmente importantes en el diagnóstico diferencial de los trastornos psicóticos² (cuadro 1):

1. Presencia o ausencia de síntomas psicóticos específicos.
2. Grado de recuperación de episodios de enfermedad.
3. Duración de los síntomas.
4. Presencia o ausencia de síntomas notables del estado de ánimo y cuándo ocurren en relación con los síntomas psicóticos.
5. Presencia o ausencia de factores etiológicos médicos específicos o inducidos por sustancias.

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino, de 53 años de edad, originaria y residente del D.F., casada, católica, mestiza, escolaridad

¹ Centro Medico Nacional «20 de noviembre» ISSSTE.

Correspondencia: Jacqueline Barriguet Hernández. Av. Universidad 1900 Edif. 10 Depto. 202, Altillio Universidad, Coyoacán 04350, México, DF. Tel. 5659-0740 E.mail: exumbrainsol@live.com.mx

Cuadro 1. Diagnóstico diferencial de los trastornos psicóticos adaptado a los criterios para la esquizofrenia del DSM-IV³

	Síntomas psicóticos (A)	Deterioro en el funcionamiento (B)	Duración (C)	Cambios del estado de ánimo (D)	Etiología «orgánica» (E)
Esquizofrenia	Síndrome esquizo-frénico total*	Sí	Por lo menos seis meses	No son importantes	No
Trastorno del estado de ánimo con rasgos psicóticos	Delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado o catatonia	Variable	Por lo menos dos semanas	Siempre están presentes durante la enfermedad	No
Trastorno esquizo-freniforme	Síndrome esquizo-frénico total	No	De uno a seis meses	No son importantes	No
Trastorno esquizo-afectivo	Síndrome esquizo-frénico total	Variable	Delirio o alucinaciones durante dos semanas, sin síntomas del estado de ánimo	Presentes durante un periodo sustancial de la enfermedad (pero no todo el tiempo)	No
Trastorno de ideas delirantes	Sólo delirios no extraños	No	Por lo menos un mes	No son importantes	No
Trastorno psicótico breve	Cualquier síntoma positivo	No	De un día a un mes	No son importantes	No
Trastorno psicótico compartido	Cualquier alucinación o delirio	No especificado	No especificada	No especificados	No
Psicosis debida a una alteración médica	Cualquier alucinación o delirio	No especificado	No especificada	No especificados	Sí
Trastorno psicótico inducido por sustancias	Cualquier alucinación o delirio	No especificado	No especificada	No especificados	Sí

* El «síndrome esquizofrénico total» se define como aquel que cumple los criterios para esquizofrenia del DSM-IV-TR

primaria, comerciante, madre de tres hijos, que en el 2004 presentó ideas delirantes de tipo erotómano, en relación a su maestro de meditación, ocasionándole una importante disfunción a nivel familiar y social. Con el paso del tiempo la paciente refirió que el maestro podía leer su mente y controlar su pensamiento, que permanecía dentro de su cabeza todo el tiempo y que podía escuchar lo que ella y los que están a su alrededor pensaban. Se agregó irritabilidad, aislamiento, errores de juicio y conducta como ir acompañada de su hijo a casa del maestro con un machete para «obligarlo a salir de su mente». Tres años después la paciente se atendió en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente durante aproximadamente dos años donde se integró el diagnóstico de esquizofrenia paranoide y se dio tratamiento con risperidona, hasta 10mg al día, y posteriormente olanzapina, 15mg al día, ya que no se presentaba ninguna mejoría de los síntomas psicóticos. Fue enviada al Hospital Psiquiátrico «Fray Bernardino Álvarez» argumentando que no se obtuvo mejoría con dos antipsicóticos a dosis máximas durante el tiempo adecuado, por lo que se sugería iniciar manejo con clozapina.

La paciente ingresa al Hospital Psiquiátrico por persistir en la expresión de ideas delirantes de daño, referencia, control y lectura del pensamiento, además de alteraciones importantes de su conducta como aventarse a los carros en avenidas con el fin de dejar de escuchar la voz de su maes-

tro, y tendencia a la heteroagresividad verbal y física hacia sus familiares. A la exploración física y neurológica se encontró íntegra y sin alteraciones importantes. Como antecedentes de importancia se reporta que el hijo menor, de 17 años, ha cursado con un aparente trastorno delirante de tipo dismorfofóbico, sin tratamiento ni atención psiquiátrica. La paciente se describió con una personalidad premórbida: «aprehensiva, triste, trabajadora, dedicada al cuidado de sus hijos y sin muchas relaciones sociales».

La evolución durante la hospitalización fue tórpida ya que no se obtenía ninguna respuesta favorable ante los tratamientos antipsicóticos que se administraban, que inicialmente fueron antipsicóticos atípicos como olanzapina y clozapina, que tuvieron que suspenderse por efectos adversos como hipotensión y sedación diurna; y en el caso de la clozapina por presentar leucopenia con predominio de neutrófilos en tres estudios sucesivos de biometría hemática, alcanzando solamente dosis de 125mg/día. Inició con 50mg/día y se incrementaron 25mg semanalmente. Debido a esto se decide hacer cambio a antipsicóticos de primera generación como haloperidol, hasta 20mg/día, y trifluoperazina, hasta 15mg/día, agregándose clonazepam y, posteriormente, diazepam, así como biperideno por presencia de efectos adversos de los antipsicóticos. Se obtuvo una respuesta muy pobre con respecto a los síntomas psicóticos.

Se discute el caso con el equipo médico del piso y debido a las condiciones de la paciente en ese momento se inició protocolo de estudio para realizar terapia electroconvulsiva (TEC) con base en la resistencia a los tratamientos farmacológicos y a la aparición de síntomas graves de tipo afectivo como tristeza, labilidad emocional, llanto fácil e ideas de minusvalía y desesperanza, por lo que se agregó sertralina 50mg/día. Aprobado el protocolo por los servicios de Medicina Interna, Neurología, Anestesiología y Dental, y con la autorización y consentimiento informado de los familiares, se inician las sesiones de TEC con un total de tres. Se suspenden a solicitud de la paciente y de los familiares.

Se valoró el estado mental de la paciente por el médico adscrito del Hospital Psiquiátrico, encontrando que aunque persistía la sintomatología psicótica, no presentaba errores de juicio ni de conducta graves que pudieran causar daño a la paciente o a los familiares y mejoría de los efectos adversos extrapiramidales, por lo que, en consenso con el Jefe de Servicio y el equipo médico tratante, se decide el egreso de la paciente por máximo beneficio después de 83 días de estancia intrahospitalaria, con un esquema farmacológico a base de: pipotiazina de depósito 25mg IM c/21 días, trifluoperazina 15mg/día, biperideno 2mg, sertralina 50mg/día y diazepam 7.5mg/día con el diagnóstico de probable Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes vs. Esquizofrenia de inicio tardío, con resistencia al tratamiento.

ESTUDIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO

Durante la hospitalización se le realizaron estudios de laboratorio y gabinete donde se encontró únicamente alteración en el colesterol sérico en 264mg/dl, que se manejó con pravastatina 10mg/noche. Se realizó Tomografía Axial Computada de cráneo con medio de contraste donde solamente se mencionó como hallazgo una zona hipodensa en el lóbulo occipital derecho, subcortical, que no se reforzó con medio de contraste; resto del estudio normal.

El electroencefalograma reportó una lentificación cortical generalizada sin datos de paroxismos. No fue posible realizar estudios psicológicos y neuropsicológicos debido a la falta de cooperación por parte de la paciente para dichas actividades.

DISCUSIÓN

Este es el primer episodio psicótico que presenta la paciente; se dificultó el diagnóstico preciso ya que la familia no manifiesta de manera clara si presentó algunos síntomas prodrómicos. El inicio del padecimiento fue con lo que se podría catalogar como un delirio de tipo erotómano, lo que haría pensar en un TRASTORNO DE IDEAS DELIRAN-

TES PERSISTENTES. Las alteraciones que sufrió en su funcionalidad no fueron tan significativas hasta tres años después de iniciar el padecimiento, que es cuando la familia ya considera necesario un tratamiento psiquiátrico. Los síntomas afectivos que presentó la paciente no fueron de gran importancia hasta el cuadro que se observó durante la hospitalización y su duración es menor en relación a los delirios. Sin embargo, es importante mencionar que el cambio de un delirio erotómano a uno de referencia y control hace que dirijamos el diagnóstico hacia una probable ESQUIZOFRENIA DE INICIO TARDÍO ya que, aunque hay delirios de control y referencia que pueden ser considerados como creíbles y cumplir un criterio más para el diagnóstico antes mencionado, el delirio de la paciente salía del marco de la realidad. El trastorno delirante puede distinguirse de la esquizofrenia y del trastorno esquizofreniforme por la ausencia de los demás síntomas característicos de la fase activa de la esquizofrenia (p. ej., alucinaciones auditivas o visuales claras, ideas delirantes extrañas, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos).³ Es por estas razones que el diagnóstico varió entre Esquizofrenia Paranoide y un Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes durante su hospitalización (figura 1).

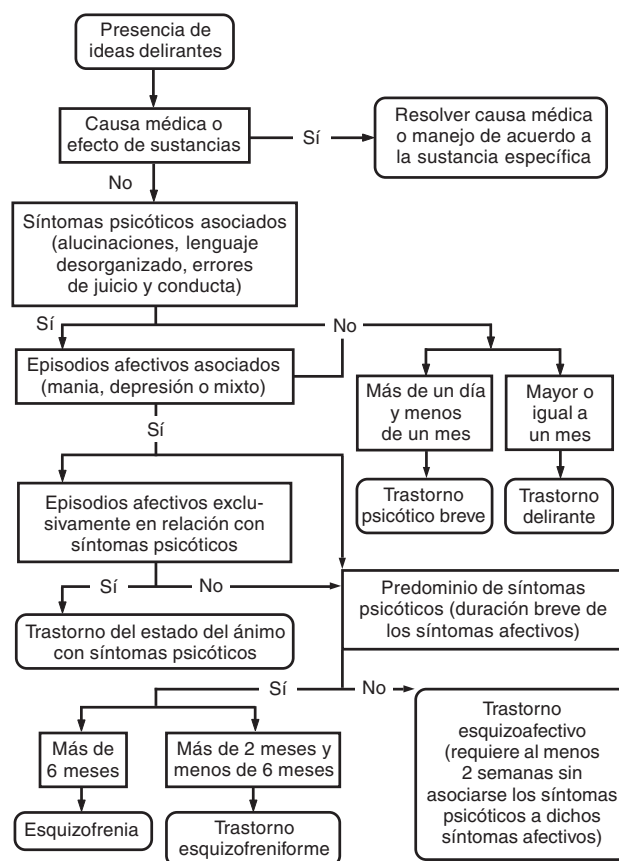


Figura 1. Algoritmo de diagnóstico diferencial en episodios psicóticos.

Con respecto al tratamiento, el abordaje del trastorno esquizofrénico y de las fases precoces de los trastornos psicóticos exige una elección cuidadosa de los diferentes tipos de intervenciones disponibles, su adecuada articulación, así como la opción de elegir la intervención más adecuada. En esta línea se han desarrollado estudios⁴ orientados a la implementación de tratamientos integrados con evidencia científica; toda persona con un trastorno esquizofrénico debería ser atendida con una combinación de tratamiento antipsicótico óptimo, estrategias educativas dirigidas al paciente y su entorno, y estrategias cognitivas conductuales para mejorar objetivos laborales y sociales, reducción de síntomas residuales y atención asertiva domiciliaria.

Las Guías Clínicas de la Canadian Psychiatric Association establecen que no existen diferencias claras y consistentes entre los antipsicóticos de primera y de segunda generación en relación con la respuesta terapéutica frente a los síntomas positivos, con excepción de la clozapina para el tratamiento de pacientes resistentes.^{5,6}

Moore et al. a partir del estudio de cinco guías, algoritmos y consensos de expertos norteamericanos que incluyen la Guía Práctica Clínica de la Asociación Psiquiátrica Americana, el *Expert Consensus Guideline on Treatment of Schizophrenia*, el *Texas Medication Algorithm Project (TMAP)*, *Schizophrenia Algorithm*, *PORT* y el *Schizophrenia Algorithm del International Psychopharmacology Algorithm Project*, recogen algunas recomendaciones generales comunes a casi todas ellas:^{7,8}

1. Empleo preferente de antipsicóticos de segunda generación para el primer episodio de esquizofrenia.
2. Uso de clozapina después de una o dos pruebas con fracaso con otros antipsicóticos.
3. No utilización de combinaciones de medicamentos antipsicóticos, excepto como último recurso.

Ante esta situación, se puede afirmar que la toma de decisiones sobre el uso de medicación antipsicótica parece condicionada por tres factores principales: la similitud de los efectos terapéuticos de los dos grupos de antipsicóticos frente a los síntomas positivos, que son los que habitualmente conducen al inicio de un tratamiento farmacológico, los diferentes perfiles de efectos adversos que pueden producir, a los que se atribuye ser la causa principal de la falta de adherencia al tratamiento y las preferencias del paciente hacia un fármaco o presentación determinados. Todo ello confirma la necesidad de individualizar el tratamiento antipsicótico^{9,10} (figura 2).

La terapia electroconvulsiva (TEC) es siempre un tratamiento de segunda elección en la esquizofrenia, indicado tras el fracaso de los antipsicóticos; las indicaciones más frecuentes son: esquizofrenia catatónica, casos graves que cursan con intensa agitación, contraindicación de antipsicóticos (por la posibilidad de causar síndrome neuroléptico maligno), trastornos psicóticos resistentes

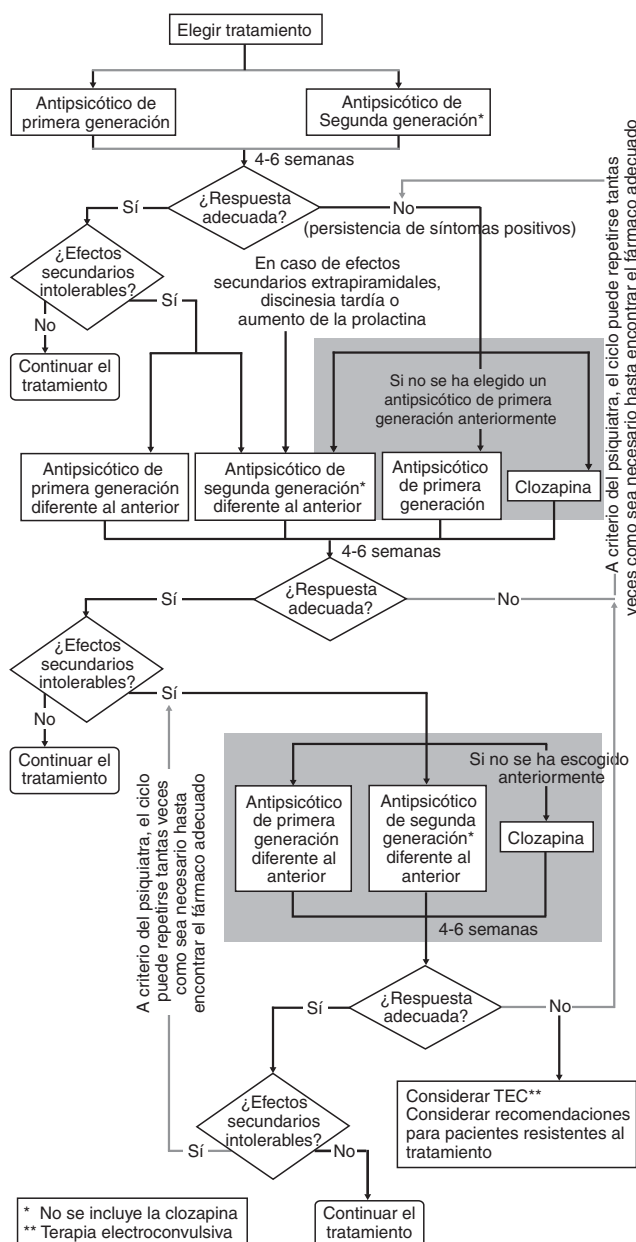


Figura 2. Algoritmo de intervención farmacológica (Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009)

entre otros. Los pacientes con esquizofrenia persistente, crónica y resistente a los neurolepticos es improbable que respondan a la TEC. Sin embargo, existe evidencia de que la TEC conjuntamente con antipsicóticos puede ser benéfica al menos para algunos de estos pacientes.^{11,12}

CONCLUSIONES

Para establecer las líneas generales del manejo de la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente se consi-

deran en primer lugar el diagnóstico y la evaluación pertinente. En segundo lugar, se desarrollan los aspectos generales del manejo psiquiátrico y sus componentes, como son la alianza terapéutica, la monitorización, la provisión de cuidados y la elección del ámbito de tratamiento.

Los elementos principales que componen el plan terapéutico están relacionados con su influencia sobre la evolución de la enfermedad y la eficacia del tratamiento. Para que un tratamiento sea eficaz y apropiado deben realizarse evaluaciones diagnósticas y clínicas exactas y pertinentes. En el caso de la esquizofrenia, el diagnóstico tiene repercusiones importantes en la planificación a corto y largo plazo del tratamiento.

Aparte del manejo farmacológico es de suma importancia que la paciente reciba un manejo terapéutico basado principalmente en la psicoeducación para tratar de obtener una mejor conciencia de enfermedad y mejorar el apego terapéutico, establecer medidas cognitivo conductuales para tratar de minimizar la vulnerabilidad y el estrés y maximizar las capacidades de adaptación y el funcionamiento, al mismo tiempo que se intente favorecer los apoyos sociales.

REFERENCIAS

1. McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biol Psychiatry*. 1999; 46(7):899-907.
2. Johannessen J, Martindale B, Culberg J. Evolución de las psicosis. Barcelona: Herder; 2008.
3. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada, DSM-IV-TR. WPA. Barcelona; Masson; 2003.
4. Falloon IR, Montero I, Sungur M, Mastroeni A, Malm U, Economou M, et al. Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiatry*. 2004;3(2):104-9.
5. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia [monografía en Internet]. American Psychiatric Association; 2004 [citado 2006].
6. Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2005; 50 (13 Suppl 1):7S-57S.
7. APA Practice Guideline Development Process [monografía en Internet]. Arlington, VA (US): The American Psychiatric Association (APA); 2004. Disponible en: <http://www.psych.org>
8. Moore TA, Covell NH, Essock SM, Miller AL. Real-world antipsychotic treatment practices. *Psychiatr Clin North Am*. 2007; 30(3):401-16.
9. Jones PB, Barnes TR, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP, et al. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: cost utility of the latest antipsychotic drugs in schizophrenia study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(10):1079-87.
10. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet*. 2009; 373(9657):31-41.
11. Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD000076. DOI: 10.1002/14651858.CD000076.pub2.
12. Bertolín Guillén JM, Sáez AC, Hernández de Pablo ME, Peiró MS. Eficacia de la terapia electroconvulsiva: revisión sistemática de las evidencias científicas. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004; 32(3):153-65.